

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



عنوان

رتبه بندی کشورهای نفت خیز و غیرنفت خیز حوزه مدیترانه شرقی (EMRO)

بر اساس شاخص های منتخب سلامت با رویکرد ترکیبی AHP-TOPSIS

Rating oil-rich and non-oil-rich countries of the Eastern Mediterranean Regional Office
based on selected health indicators using a Combination Approach AHP-TOPSIS

استاد راهنما

دکتر سعید آصفزاده

استاد مشاور

دکتر روح الله کلهر

پژوهشگر

فاطمه قمری

شهریورماه - ۱۳۹۵

رئوس مطالب

مقدمه

اهداف

سوالات پژوهش

بررسی متون

مدل مفهومی پژوهش

روش پژوهش

یافته ها

بحث

نتیجه گیری

ارائه پیشنهادها

منابع

مقدمه

نظام سلامت یکی از بخش های عمده ی هر کشوری است که از اقتصاد کشور و تعیین کننده های آن تأثیر می پذیرد. به نحوی که حکومت های مختلف جهان، امروزه از جمله موفق ترین خدمات خود را بهینه سازی و ارائه ی مناسب خدمات بهداشتی و درمانی می دانند؛ به طوری که اگر در کشور یا جامعه ای مسأله ی بهداشت و درمان به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به عنوان یکی از نقاط ضعف دولت تلقی می شود و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع جامعه می گردد (Fazayeli, 2010).

یکی از معیارهای اصلی ارزیابی کیفیت عملکرد دولت ها در ارایه ی خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت های تحت پوشش، شاخص های سلامت و بهداشت هستند (Asadi et al, 2013).

مقدمه

شاخص های سلامت ابزارهای مناسبی جهت پایش وضعیت و فرآیندهای جاری هستند. معمولاً اصطلاح شاخص سلامت به یک میزان خلاصه واحد اشاره دارد که اغلب با اصطلاحات کمی توصیف شده و بُعد کلیدی وضعیت سلامت، سیستم مراقبت بهداشتی یا عوامل مرتبط با آن را نشان می دهد. بنابراین یک شاخص، یک علامت عملکرد است (Asefzadeh and Farzandi pour, 2005). شاخص های قابل اندازه گیری نقش موثری در شناسایی مشکلات، تعیین روند و پیشنهاد استراتژی های عملی، ایفا می کنند (von Schirnding, 2002).

مقدمه

توسعه در بخش بهداشت و درمان پیش نیاز توسعه در سایر بخش های جامعه است. به منظور برنامه ریزی توسعه در بخش بهداشت و درمان، ابتدا لازم است تا وضعیت جامعه از لحاظ میزان برخورداری از شاخص های بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار گیرد (Eliyaspour et al, 2011). شاخص های سلامت و عوامل تعیین کننده آنها برای پاسخ به سیاستگذاری درست در سطح ملی و همچنین در سراسر جهان، با اهمیت هستند (Wagenaar and Toomey, 2002; Davis et al, 2011).

با توجه به اهمیت این موضوع، هدف از مطالعه حاضر بررسی و رتبه بندی کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی (EMRO) سازمان جهانی بهداشت بر اساس شاخص های منتخب سلامت جامعه با استفاده از رویکرد ترکیبی AHP-TOPSIS می باشد تا از این طریق تصویر روشن و شفافیتی از موقعیت بهداشتی و درمانی این کشورها ارائه شود.

اهداف

➤ هدف اصلی

تعیین رتبه ی کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (EMRO) بر اساس شاخص های منتخب سلامت جامعه با رویکرد ترکیبی AHP-TOPSIS

➤اهداف فرعی

- تعیین شاخص های منتخب سلامت کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه ی مدیترانه شرقی
- محاسبه ی وزن نسبی شاخص های مخارج سلامت کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی AHP
- محاسبه ی وزن نسبی شاخص های پوشش خدمات سلامت کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی AHP
- محاسبه ی وزن نسبی شاخص های امید به زندگی و مرگ و میر کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی AHP
- رتبه بندی کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی بر اساس شاخص های مخارج سلامت با استفاده از مدل TOPSIS
- رتبه بندی کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی بر اساس شاخص های پوشش خدمات سلامت با استفاده از مدل TOPSIS
- رتبه بندی کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی بر اساس شاخص های امید به زندگی و مرگ و میر با استفاده از مدل TOPSIS

➤ هدف کاربردی

آگاهی از میزان پیشرفت و توسعه ی ویژگی های بهداشتی کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز منطقه مدیترانه شرقی و تعیین رتبه ی آنها، در جهت طراحی برنامه های بهداشتی ویژه بمنظور حفظ و بهبود سلامت مردم این کشورها می باشد. همچنین، کمک به شناخت وضع موجود این کشورها از لحاظ شاخص های سلامت و اخذ تصمیمات بهتر جهت بهبود وضعیت در شاخص هایی که توجه کمتر به آنها می شود، از دستاوردهای دیگر این پژوهش است.



سوالات پژوهشی



- وضعیت شاخص های منتخب سلامت کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی چگونه است؟
- وزن نسبی شاخص های مخارج سلامت کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی AHP چقدر است؟
- وزن نسبی شاخص های پوشش خدمات سلامت کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی AHP چقدر است؟
- وزن نسبی شاخص های امید به زندگی و مرگ و میر کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی با استفاده از تکنیک تحلیل سلسله مراتبی AHP چقدر است؟
- کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی بر اساس شاخص های مخارج سلامت با استفاده از مدل TOPSIS در چه رتبه ای قرار گرفته اند؟
- کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی بر اساس شاخص های پوشش خدمات سلامت با استفاده از مدل TOPSIS در چه رتبه ای قرار گرفته اند؟
- کشورهای نفت خیز و غیر نفت خیز حوزه مدیترانه شرقی بر اساس شاخص های امید به زندگی و مرگ و میر با استفاده از مدل TOPSIS در چه رتبه ای قرار گرفته اند؟

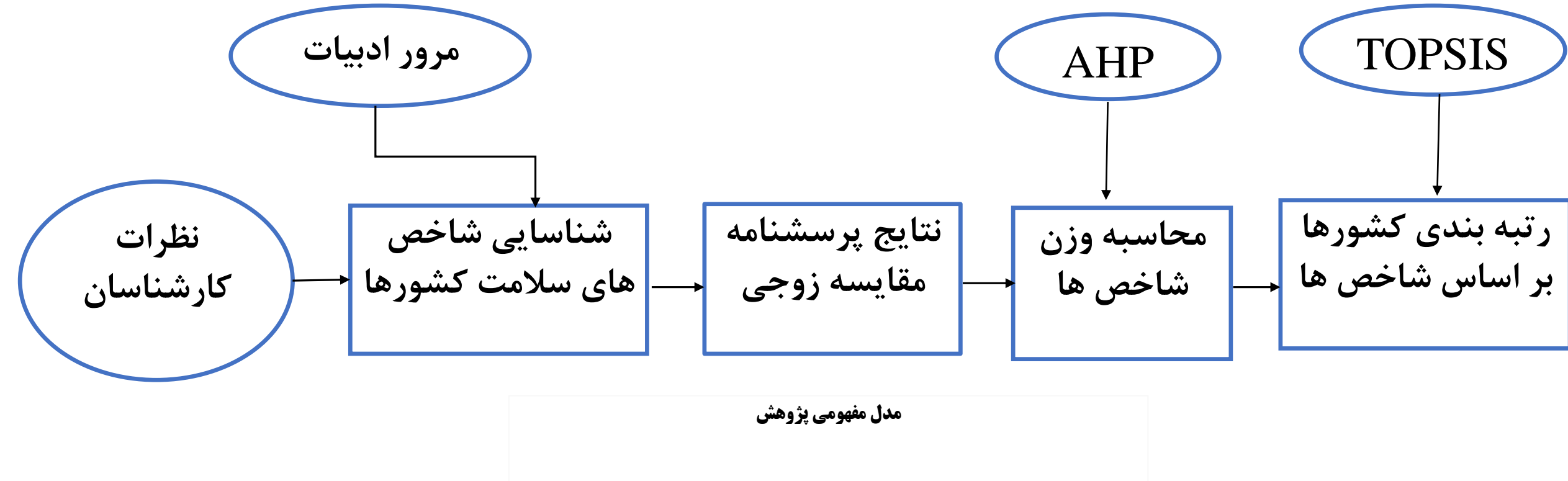
بررسی متون

محققان / سال	هدف	تکنیک مورد استفاده	نتیجه
غضنفری و امام قلی پور / ۱۳۹۲ (Emamgolipor sefiddashti and Ghazanfari, 2015)	رتبه بندی کشورهای حوزه سند چشم انداز توسعه جمهوری اسلامی ایران از لحاظ دسترسی به شاخص های بخش بهداشت و درمان	تکنیک تاکسونومی (تعیین درجه توسعه یافتگی کشورهای مورد بررسی) - تکنیک آنتروپی شانون (تعیین اوزان شاخص ها) - تکنیک تاپسیس (رتبه بندی کشورها)	از لحاظ دسترسی به شاخص های بخش بهداشت و درمان، کشور امارات رتبه اول و کشور افغانستان رتبه بیست و چهارم را دارد. به طوری که در بین ۲۴ کشور، رتبه ششم به ایران تعلق گرفت. نتایج نشان دادند که با توجه به شاخص های بررسی شده، کشورهای امارات متحده عربی، اردن و قطر بهترین وضعیت و کشورهای قزاقستان، آذربایجان و افغانستان بدترین وضعیت را دارند.
مریم یزدی و حسین محجوب / ۱۳۹۰ (Yazdi and Mahjub, 2011)	رده بندی وضعیت بهداشت و سلامت مادران روستایی در استان های مختلف کشور ایران	روش های چندمتغیره عاملی و خوشه ای سلسله مراتبی	نتایج نشان داد که استان های گیلان، مازندران و تهران از وضعیت مناسبی و استان های خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد و هرمزگان از وضعیت نامناسبی در حوزه سلامت مادران برخوردارند، در ضمن استان سیستان و بلوچستان در وضعیت وخیمی از این نظر قرار دارند

بررسی متون

محققان / سال	هدف	تکنیک مورد استفاده	نتیجه
ایمانی / ۲۰۰۸ (Imani, 2008).	۱- مقایسه ی شاخص های پایه ی سلامت در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۰۷ ۲- مقایسه هزینه های صرف شده در امر سلامت در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی در سال ۲۰۰۷	برای تحلیل داده ها از ضریب همبستگی و روش مقایسه ی میانگین استفاده شد.	شاخص های مورد بررسی شامل امید به زندگی از بدو تولد، IMR، U5MR، MMR، شاخص توسعه انسانی، هزینه کل صرف شده در امر سلامت از تولید ناخالص داخلی، هزینه صرف شده از منابع عمومی در امر سلامت، هزینه صرف شده از منابع خصوصی در امر سلامت، هزینه صرف شده به صورت پرداخت مستقیم از جیب به نظام سلامت بوده است. نتایج نشان داد، کشورهای کویت، امارات و قطر (از کشورهای نفت خیز) و قبرس و اردن (از کشورهای غیرنفت خیز) در وضعیت مناسب و کشور سودان (از کشورهای نفت خیز) و افغانستان و سومالی (از کشورهای غیرنفت خیز) در وضعیت نامناسبی از شاخص ها قرار دارند.
آنیل شتی و شرادا شتی / ۲۰۱۴ (Shetty A and Shetty S, 2014).	رابطه هزینه های سلامت و میزان مرگ و میر نوزادان در کشورهای آسیایی	اطلاعات به دست آمده از سازمان بهداشت جهانی و پایگاه داده ای بانک جهانی	داده های این مطالعه شامل ۳۴ کشور آسیایی بود. سنگاپور و کره جنوبی حداقل IMR را در منطقه داشته اند. افغانستان بالاترین IMR و همچنین حداقل سرانه هزینه های دولتی در سلامت و قطر بالاترین هزینه های سلامت را دارد. نتیجه نهایی این مطالعه نشان داد که، سرانه هزینه های سلامت مهم ترین عامل تعیین کننده IMR در این مطالعه بود و کشورهای با سرانه هزینه های سلامت بالاتر بطور قابل توجهی سطح پایین تری از IMR را داشتند .

مدل مفهومی پژوهش



روش پژوهش



• مرور جامع مقالات، پژوهش ها و وبسایت های معتبر (WB - WHO) ← انتخاب شاخص های سلامت بر اساس آمار بهداشت جهانی ۲۰۱۵ ← سه دسته شاخص: مخارج سلامت/ پوشش خدمات سلامت/ امید به زندگی و مرگ و میر

• طراحی پرسشنامه مقایسه زوجی شاخص های سلامت

• تکمیل پرسشنامه های مقایسه زوجی توسط ۲۵ نفر از اساتید و خبرگان (حیطه مدیریت بهداشت، اقتصاد بهداشت، سیاستگذاری سلامت)

• محاسبه ی اوزان شاخص ها و اولویت بندی آنها بر اساس وزن بر اساس تکنیک AHP و با استفاده از نرم افزار Expert Choice 11



• تعیین شاخص نزدیکی نسبی کشورها در شاخص های منتخب سلامت و رتبه بندی کشورها بر اساس تکنیک TOPSIS و با استفاده از نرم افزار TOPSIS



یافته ها

وضعیت شاخص های ورودی / فرآیندی و پیامدی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

اولویت بندی شاخص های مخارج سلامت

اولویت بندی شاخص های پوشش خدمات سلامت

اولویت بندی شاخص های امید به زندگی و مرگ و میر

نتایج حاصل از فرآیند
تحلیل سلسله مراتبی
(AHP) برای شاخص
های مورد مطالعه

رتبه بندی کشورها بر اساس شاخص های مخارج سلامت

رتبه بندی کشورها بر اساس شاخص های پوشش خدمات سلامت

رتبه بندی کشورها بر اساس شاخص های امید به زندگی و مرگ و میر

نتایج حاصل از تکنیک
تاپسیس (TOPSIS)

یافته ها

کشورهای EMRO							
I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8
8.5	20.8	79.2	7.1	21.7	0	89	0
4.4	70.1	29.9	9.3	0	1.5	53.6	30.6
8.8	59.7	40.3	14.1	12.7	9.5	99.2	0.8
4.9	39	61	5.8	0.4	20.8	97.7	1.7
6.6	40.4	59.6	17.5	0	47.2	88	4.2
4.8	60.5	39.5	6	0.4	0	100	0
8	68.7	31.3	17.3	2.9	6.3	69.1	22.9
2.6	82.8	17.2	5.8	0	0	90.4	9.6
7.6	46.3	53.7	10.7	0.7	39.4	69.5	29.6
4.3	70.3	29.7	7.9	0.1	0	100	0
6.1	35.5	64.5	6	1.2	24.5	88.3	11.7
2.7	80.5	19.5	4.8	0	0	61.4	23.2
2.8	36.9	63.1	4.7	4.9	2.9	86.8	0.9
2.2	83.6	16.4	5.8	0	0	52.2	38
3.8	72	28	7.7	0	0	54.3	21.6
6.7	22.5	77.5	11.1	2.2	10.9	96.1	1
3.3	46.1	53.9	5.3	0.9	0	100	0
7	59	41	13.3	0.1	56.3	86.7	10.7
3	69.1	30.9	9.4	0	0	63.2	27.3
5.6	27.7	72.3	3.9	3.7	0	98.7	1.3

کشورهای EMRO									
پوشش بر نامه تنظیم خانواده	درصد افراد تحت پوشش	درصد پوشش مراقبت های قبل از زایمان	درصد پوشش ماهر توسط پرسنل بهداشتی ماهر	درصد انجام زایمان سزارین	درصد تولد نوزاد با سزارین	سال در برابر سرخک	سازي کودکان زیر یک سال در برابر سرخک	درصد پوشش ایمن مبتلا به سل	موارد انواع بیماران
P2	P3	P4	P5	P7	P16	P17	P18	P19	درصد میزان موفقیت درمان موارد جدید سل
افغانستان	21	46	36	4	75	53	71	71	
بحرین	62	100	100	26	99	87	99	99	
جیبوتی	19	81	57	6	80	41	82	82	
مصر	60	90	92	52	96	54	97	97	
ایران	77	97	96	48	98	60	98	99	
عراق	53	78	91	22	63	54	68	66	
اردن	61	99	100	28	97	94	98	98	
کویت	52	100	99	12	99	92	99	99	
لبنان	58	96	98	23	79	73	81	81	
لیبی	42	93	100	21	98	46	98	98	
مراکش	67	77	74	16	99	83	99	99	
عمان	24	99	99	17	99	88	98	97	
پاکستان	35	73	52	14	61	62	72	72	
قطر	38	91	100	20	99	74	99	99	
عربستان سعودی	24	98	97	22	98	84	98	98	
سومالی	15	26	9	7	46	45	42	34	
سودان	9	74	20	7	85	52	93	93	
سوریه	54	88	96	15	61	110	41	71	
تونس	63	84	74	27	94	84	98	98	
امارات متحده عربی	37	100	100	24	94	42	94	94	
یمن	28	28	45	5	78	77	88	88	

وضعیت شاخص های پیامدی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

کشورهای EMRO								
میزان مرگ و میر بزرگسالان (بین ۱۵ تا ۶۰ سال)	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	میزان مرگ و میر شیرخواران (IMR)	میزان مرگ و میر نوزادان (NMR)	امید به زندگی سالم در بدو تولد	امید به زندگی در ۶۰ سالگی	امید به زندگی در بدو تولد		
O7 (female)	O7 (male)	O6	O5	O4	O3	O2	O1	
232	252	97	70	36	50	16	61	افغانستان
54	70	6 ↓	5 ↓	2 ↓	66	20	77	بحرین
245	286	70	57	31	53	16	62	جیبوتی
117	193	22	19	12	62	18	71	مصر
83	153	17	14	10	64	20	74	ایران
104	203	34	28	19	61	18	70	عراق
96	131	19	16	11	64	19	74	اردن
42 ↓	59 ↓	10	8	5	68	21	78	کویت
46	70	9	8	5	70 ↑	23 ↑	80 ↑	لبنان
80	117	15	12	9	64	20	75	لیبی
121	170	30	26	18	61	18	71	مراکش
73	116	11	10	7	66	20	76	عمان
155	189	86	69	42	57	17	66	پاکستان
50	72	8	7	4	68	22	79	قطر
67	89	16	13	9	65	19	76	عربستان سعودی
286 ↑	339 ↑	146 ↑	90 ↑	46 ↑	46 ↓	16	54 ↓	سومالی
212	274	77	51	30	53	17	63	سودان
73	116	15	12	8	66	20	76	سوریه
69	130	15	13	9	66	21	76	تونس
59	84	8	7	5	67	20	77	امارات متحده عربی
211	255	51	40	24	55	16	64	یمن

اولویت بندی شاخص های ورودی (مخارج سلامت)

اولویت	وزن شاخص	شاخص ها	نماد
۱	۰,۳۱۱	درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)	I1
۳	۰,۱۳۳	درصد هزینه های دولتی سلامت از کل هزینه های سلامت	I2
۶	۰,۰۶۵	درصد هزینه های بخش خصوصی سلامت از کل هزینه های سلامت	I3
۵	۰,۰۸۷	درصد هزینه های بخش عمومی سلامت از کل هزینه های عمومی دولت	I4
۷	۰,۰۳۶	درصد منابع خارجی سلامت از کل هزینه های سلامت	I5
۴	۰,۰۹۴	درصد هزینه های تامین اجتماعی سلامت از هزینه های عمومی دولت در بخش سلامت	I6
۲	۰,۱۸۰	درصد هزینه های پرداخت از جیب از هزینه های بخش خصوصی سلامت	I7
۴	۰,۰۹۴	برنامه های پیش پرداخت خصوصی از هزینه های بخش خصوصی سلامت	I8

اولویت بندی شاخص های فرآیندی (پوشش خدمات سلامت)

نماد	شاخص ها	وزن شاخص	رتبه
P1	درصد نیاز برآورده نشده ی تنظیم خانواده	۰,۰۲۶	۱۳
P2	درصد افراد تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده	۰,۰۳۴	۱۱
P3	درصد پوشش مراقبت های قبل از زایمان	۰,۰۷۸	۵
P4	درصد انجام زایمان توسط پرسنل بهداشتی ماهر	۰,۰۷۷	۶
P5	درصد تولد نوزاد با سزارین	۰,۰۱۸	۱۵
P6	درصد نوزادان واکسینه شده در برابر کزاز در بدو تولد	۰,۱۰۲	۳
P7	درصد پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال	۰,۱۹۹	۱
P8	درصد کودکان (۶ تا ۵۹ ماه) که مکمل ویتامین A دریافت کرده اند	۰,۰۲۰	۱۴
P9	درصد کودکان (زیر ۵ سال) با علائم عفونت حاد تنفسی که تسهیلات بهداشتی دریافت کرده اند	۰,۱۱۷	۲
P10	درصد کودکان (زیر ۵ سال) مشکوک به پنومونی که آنتی بیوتیک دریافت کرده اند	۰,۰۴۶	۸
P11	درصد کودکان (زیر ۵ سال) مبتلا به اسهال که ORS دریافت کرده اند	۰,۰۵۲	۷
P12	درصد کودکان (زیر ۵ سال) که زیر پشه بندهای آغشته به حشره کش می خوابند	۰,۰۱۴	۱۶
P13	درصد کودکان (زیر ۵ سال) مبتلا به تب که درمان ضدمالاریا دریافت کرده اند	۰,۰۲۸	۱۲
P14	درصد زنان باردار مبتلا به HIV که برای جلوگیری از انتقال اچ آی وی به فرزند ضد رترووایروس دریافت می کنند.	۰,۰۸۵	۴
P15	درصد افراد واجد شرایط که تحت درمان های ضد ویروسی قرار دارند.	۰,۰۳۷	۱۰
P16	درصد میزان تشخیص موارد انواع بیماران مبتلا به سل	۰,۰۳۸	۹
P17	درصد میزان موفقیت درمان موارد جدید سل	۰,۰۲۸	۱۲

اولویت بندی شاخص های پیامدی (امید به زندگی و مرگ و میر)

نماد	شاخص ها	وزن شاخص	رتبه
O1	امید به زندگی در بدو تولد	۰,۱۰۳	۵
O2	امید به زندگی در سن ۶۰ سالگی	۰,۰۳۰	۷
O3	امید به زندگی سالم در بدو تولد	۰,۱۲۷	۴
O4	میزان مرگ و میر نوزادان (NMR)	۰,۱۸۶	۲
O5	میزان مرگ و میر شیرخواران (IMR)	۰,۲۸۴	۱
O6	میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	۰,۱۷۲	۳
O7	میزان مرگ و میر بزرگسالان (بین ۱۵ تا ۶۰ سال)	۰,۰۹۹	۶

رتبه بندی کشورها بر اساس شاخص های ورودی (مخارج سلامت)



کشورها	کشور نفت خیز	رتبه	شاخص نزدیکی نسبی
لبنان	-	۱	۰,۰۸۲
تونس	-	۲	۰,۰۷۹
اردن	-	۳	۰,۰۷۱
جیبوتی	-	۴	۰,۰۷۱
ایران	✓	۵	۰,۰۷۱
افغانستان	-	۶	۰,۰۶۴
مراکش	-	۷	۰,۰۵۸
سودان	✓	۸	۰,۰۵۵
بحرین	✓	۹	۰,۰۴۷
مصر	✓	۱۰	۰,۰۴۵
یمن	✓	۱۱	۰,۰۴۳
قطر	✓	۱۲	۰,۰۴۲
عراق	✓	۱۳	۰,۰۳۹
عربستان سعودی	✓	۱۴	۰,۰۳۸
امارات متحده عربی	✓	۱۵	۰,۰۳۸
لیبی	✓	۱۶	۰,۰۳۸
عمان	✓	۱۷	۰,۰۳۵
کویت	✓	۱۸	۰,۰۳۳
سوریه	✓	۱۹	۰,۰۲۸
پاکستان	-	۲۰	۰,۰۲۳

کشورها	کشور نفت خیز	رتبه	شاخص نزدیکی نسبی
اردن	-	۱	۰,۰۶۱
ایران	✓	۲	۰,۰۶۱
بحرین	✓	۳	۰,۰۶۰
مصر	✓	۴	۰,۰۵۹
کویت	✓	۵	۰,۰۵۹
تونس	-	۶	۰,۰۵۷
قطر	✓	۷	۰,۰۵۷
مراکش	-	۸	۰,۰۵۶
عمان	✓	۹	۰,۰۵۶
عربستان سعودی	✓	۱۰	۰,۰۵۶
لیبی	✓	۱۱	۰,۰۵۵
امارات متحده عربی	✓	۱۲	۰,۰۵۴
لبنان	-	۱۳	۰,۰۴۸
سودان	✓	۱۴	۰,۰۴۲
جیبوتی	-	۱۵	۰,۰۴۱
یمن	✓	۱۶	۰,۰۳۹
سوریه	✓	۱۷	۰,۰۳۵
عراق	✓	۱۸	۰,۰۳۵
پاکستان	-	۱۹	۰,۰۳۲
افغانستان	-	۲۰	۰,۰۳۲
سومالی	-	۲۱	۰,۰۰۵

رتبه بندی کشورها بر اساس

شاخص های فرآیندی

(پوشش خدمات سلامت)



رتبه بندی کشورها بر اساس

شاخص های پیامدی

(امید به زندگی و مرگ و میر)



کشورها	کشور نفت خیز	رتبه	شاخص نزدیکی نسبی
بحرین	✓	۱	۰,۰۶۴
قطر	✓	۲	۰,۰۶۳
امارات متحده عربی	✓	۳	۰,۰۶۳
لبنان	—	۴	۰,۰۶۲
کویت	✓	۵	۰,۰۶۲
عمان	✓	۶	۰,۰۶۰
سوریه	✓	۷	۰,۰۵۹
لیبی	✓	۸	۰,۰۵۸
عربستان سعودی	✓	۹	۰,۰۵۸
تونس	—	۱۰	۰,۰۵۸
ایران	✓	۱۱	۰,۰۵۷
اردن	—	۱۲	۰,۰۵۶
مصر	✓	۱۳	۰,۰۵۳
مراکش	—	۱۴	۰,۰۴۸
عراق	✓	۱۵	۰,۰۴۷
یمن	✓	۱۶	۰,۰۳۸
سودان	✓	۱۷	۰,۰۲۹
جیبوتی	—	۱۸	۰,۰۲۷
پاکستان	—	۱۹	۰,۰۱۹
افغانستان	—	۲۰	۰,۰۱۷
سومالی	—	۲۱	۰,۰۰۰

رتبه بندی کلی کشورها بر اساس شاخص های ورودی، فرآیندی و پیامدی

کشورها	رتبه در شاخص های ورودی	رتبه در شاخص های فرآیندی	رتبه در شاخص های پیامدی
افغانستان	۶	۲۰	۲۰
بحرین	۹	۳	۱
جیبوتی	۴	۱۵	۱۸
مصر	۱۰	۴	۱۳
ایران	۵	۲	۱۱
عراق	۱۳	۱۸	۱۵
اردن	۳	۱	۱۲
کویت	۱۸	۵	۵
لبنان	۱	۱۳	۴
لیبی	۱۶	۱۱	۸
مراکش	۷	۸	۱۴
عمان	۱۷	۹	۶
پاکستان	۲۰	۱۹	۱۹
قطر	۱۲	۷	۲
عربستان	۱۴	۱۰	۹
سومالی	-	۲۱	۲۱
سودان	۸	۱۴	۱۷
سوریه	۱۹	۱۷	۷
تونس	۲	۶	۱۰
امارات	۱۵	۱۲	۳
یمن	۱۱	۱۶	۱۶

بحث، نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات



اولویت بندی شاخص های ورودی (مخارج سلامت)

درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)

۱

درصد هزینه های پرداخت از جیب از هزینه های بخش خصوصی سلامت

۲

درصد هزینه های دولتی سلامت از کل هزینه های سلامت

۳

- در مطالعه ایمانی نیز درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)، درصد هزینه های پرداخت از جیب از هزینه های بخش خصوصی سلامت، درصد هزینه های بخش عمومی سلامت از کل هزینه های عمومی دولت و درصد هزینه های بخش خصوصی سلامت از کل هزینه های سلامت بعنوان شاخص های مخارج سلامت مورد بررسی قرار گرفته است (Imani, 2008).
- طبق نتایج این پژوهش، درصد هزینه های دولتی سلامت از کل هزینه های سلامت نسبت به هزینه های بخش خصوصی سلامت از کل هزینه های سلامت اهمیت بیشتری دارد چون بیشتر امکانات بهداشتی در مالکیت دولت هستند و وجوه مربوطه توسط دولت تامین می گردد. سهمی از مخارج سلامت که توسط دولت تامین مالی می شود، تاثیر مثبت و قابل توجهی بر سلامت مردم دارد. همچنین مطالعه ای که اخیرا تاثیر مخارج عمومی و خصوصی سلامت را بر میزان مرگ و میر نوزادان در منطقه مدیترانه شرقی ارزیابی می کرد، به این نتیجه رسید که هزینه های عمومی سلامت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی شاخص های پیامد سلامت را بهبود می بخشد، در حالیکه هزینه های خصوصی سلامت رابطه معناداری با وضعیت سلامت ندارد (Homaie Rad et al, 2013).
- در توسعه پایدار مسائلی مانند مبارزه با فقر و ارتقای سلامت مورد بحث است و همچنین از آنجایی که درصد هزینه های پرداخت از جیب از هزینه های بخش خصوصی سلامت در این مطالعه در اولویت دوم قرار گرفته، ضروری است که کشورهای دنیا با اتخاذ تدابیر لازم، شاخص پرداخت از جیب مردم برای خدمات سلامت را کاهش دهند تا به پیشگیری از فقر در حوزه سلامت کمک کنند.

اولویت بندی شاخص های فرآیندی (پوشش خدمات سلامت)

درصد پوشش ایمن سازی
کودکان زیر یک سال

۱

درصد کودکان (زیر ۵ سال) با علائم عفونت حاد
تنفسی که تسهیلات بهداشتی دریافت کرده اند

۲

درصد نوزادان واکسینه شده در
برابر کزاز در بدو تولد

۳

- این مطالعه نشان داد که درصد پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال در اولویت نخست قرار دارد و بسیار حائز اهمیت است. مطالعه ای در این زمینه بیان می کند که میزان بالای واکسیناسیون کودکان نه تنها برای محافظت فردی کودکان، بلکه برای محافظت جوامع در مقابل شیوع بیماری ها نیز اهمیت بسزایی دارد (Institute of Medicine (US) Committee on the State of the USA Health Indicators, 2009).
- اولین گام برای پوشش خدمات سلامت، شناخت نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه است و بدون شناسایی این نیازها نمی توان خدمات بهداشتی و درمانی کاملی برای جوامع ارائه کرد. از آنجایی که شاخص پوشش خدمات سلامت بر اساس اهداف سازمان ملل یکی از اهداف توسعه هزاره در جهت بهبود و توسعه پایدار کشورهای جهان است، تلاش بیشتر سیاستگذاران و تصمیم سازان را برای افزایش پوشش خدمات سلامت در این زمینه می طلبد.

اولویت بندی شاخص های پیامدی (امید به زندگی و مرگ و میر)

میزان مرگ و میر شیرخواران (IMR)

۱

میزان مرگ و میر نوزادان (NMR)

۲

میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

۳

• شاخص مرگ و میر شیرخواران (IMR) به عنوان یک شاخص مهم در ارزیابی وضعیت سلامت جامعه در نظر گرفته می شود و ارتباط نزدیکی با رفاه جامعه و توسعه ی آن دارد. علاوه بر این، مرگ و میر در این گروه سنی در مقایسه با دیگر گروه ها، به شرایط اجتماعی - اقتصادی جامعه وابسته است (Reidpath and Allotey,2003; Rosicova et al,2011; Fantini et al,2006).

• مطالعات رضایی و همکاران (Rezaei et al,2015)، همتی و قینی (Hemmati and Gheini,2006)، رفیعی و همکاران (Rafiei et al,2006)، فری و همکاران (Frey and Field,2000) و بسیاری از مطالعات دیگر، مانند مطالعه

حاضر، اهمیت شاخص میزان مرگ و میر شیرخواران و نوزادان را اثبات می کند.

- در مطالعات متعددی **امید به زندگی** به عنوان شاخصی برای اندازه گیری عملکرد نظام بهداشتی یک کشور استفاده شده است (Nixon and Ulmann, 2006)، با این حال در مطالعه حاضر شاخص امید به زندگی در اولویت چهارم قرار گرفته است. از طرفی، مطالعه **سارتوریوس و همکاران** (Sartorius BK and Sartorius K, 2014) بیان می کند که شاخص های مطلق مانند مرگ و میر شیرخواران (IMR) بدلیل نادیده گرفتن نابرابری ها و خوشه بندی فضایی محدود هستند. بدین منظور یک شاخص سه بخشی جدیدی با عنوان شاخص مرگ و میر ABC را ارائه می دهند
- این شاخص چندبُعدی پیشنهادی برای تخصیص مکانی منابع بهداشتی و درمانی در یک کشور می تواند مفید باشد چون مناطق پرخطر را اولویت بندی می کند و عدم کفایت شاخص IMR را بعنوان معیاری واحد برای سنجش سلامت جامعه اثبات می کند.

رتبه بندی کشورها بر اساس شاخص های ورودی

۱- لبنان

۲- تونس

۳- اردن

۱۸- کویت

۱۹- سوریه

۲۰- پاکستان

• همانطور که نتیجه ی رتبه بندی نشان می دهد، کشورهای غیرنفت خیز در رتبه های نخست قرار گرفته اند، این در حالی است که دو کشوری که آخرین رتبه ها را به خود اختصاص داده اند (سوریه و کویت)، کشورهای نفت خیز هستند. یکی از دلایل اصلی این است که کشورهای نفت خیز بدلیل درآمدهای نفتی دچار جنگ های طولانی مدت و تعارضات متعددی هستند، که مطالعه عبداللهی و شمشیری (Abdulai and Shamshiry, 2014) این نکته را اثبات می کند. این مطالعه نشان می دهد که نمی توان انتظار داشت که صرف درآمد نفتی کشورها موجب افزایش کمی هزینه های بهداشتی و بهبود شاخص های مخارج سلامت گردد. نتایج مطالعه فتاحی و همکاران (Fatahi et al, 2011) بیانگر این نکته است که وابستگی شدید اقتصاد کشورهای عضو اوپک به صادرات مواد اولیه و خام باعث ایجاد نوسان و نااطمینانی در درآمدها و مخارج دولت از جمله مخارج بهداشتی می شود و کارایی این مخارج را کاهش می دهد.

• با این حال، مطالعه شتی (Shetty A and Shetty S, 2014) که شاخص درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) را در بین کشورهای مدیترانه شرقی مقایسه نموده بود، نشان داد که کشور عراق رتبه بالایی را دارد بدلیل اینکه ثروت نفتی این کشور به سمت هزینه های سلامت و بهداشت هدایت می شود.

• مطالعه ی **مهرآرا و فضائلی** که به رابطه ی هزینه های سلامت و رشد اقتصادی در نمونه ی ۱۳ تایی کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا (منا) پرداخته بود، مؤید این نکته است که هر چند در غالب مناطق از جمله کشورهای توسعه یافته، با افزایش تولید ناخالص داخلی سرانه، سهم هزینه های بهداشتی از درآمد ناخالص داخلی افزایش می یابد اما الگوی مذکور برای کشورهای منا (به ویژه کشورهای صادر کننده ی نفت) برقرار نمی باشد که این خود به دلیل لوکس نبودن مراقبت های سلامت در این مناطق در کوتاه مدت و حتی بلندمدت می باشد. بر طبق این مطالعه، کشش درآمدی کالای سلامت در منطقه ی منا کوچک تر از یک است به طوری که این کالا لوکس تلقی نمی شود. لذا انتظار نمی رود با افزایش درآمد، این کشورها سهم بیشتری از درآمد را به هزینه های سلامت اختصاص دهند. (Mehrara and Fazaeli, 2009)

• از آنجایی که بیشتر کشورهای این منطقه در حال توسعه هستند، در این گونه کشورها، دولتمردان توجه زیادی به سلامت ندارند و سهم کافی از بودجه را به بخش سلامت اختصاص نمی دهند (Breyer and Felder, 2006).

رتبه بندی کشورها بر اساس شاخص های فرآیندی

۱۹- پاکستان

۲۰- افغانستان

۲۱- سومالی

۱- اردن

۲- ایران

۳- بحرین

- همانطور که نتیجه ی رتبه بندی نشان می دهد، از نظر شاخص های فرآیندی کشورهای نفت خیز در رتبه های نخست قرار گرفته اند و کشورهای غیرنفت خیز رتبه های آخر را به خود اختصاص داده اند.
- کشورهای اردن و بحرین در شاخص انجام زایمان توسط پرسنل بهداشتی ماهر، کشور بحرین در شاخص های پوشش مراقبت های قبل از زایمان، پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال در برابر سرخک، پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال در برابر دیفتری و کزاز و سیاه سرفه (واکسن سه گانه DTP۳) و کشورهای بحرین و ایران در شاخص پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال در برابر هپاتیت B، بالاترین میزان را به خود اختصاص داده اند. این در حالی است که، کمترین میزان شاخص های پوشش مراقبت های قبل از زایمان، انجام زایمان توسط پرسنل بهداشتی ماهر، پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال در برابر سرخک و پوشش ایمن سازی کودکان زیر یک سال در برابر هپاتیت B مربوط به کشور سومالی می باشد.

• در کشور **بحرین** مراقبت های بهداشتی جامع برای تمامی افراد فراهم می شود. طیف وسیعی از خدمات پیشگیری، ارتقا دهنده، درمانی و توانبخشی در دسترس تمام جمعیت مردم بحرین به صورت رایگان و برای افراد غیر بحرینی با یارانه تعلق می گیرد. با وجود زیرساخت های مناسب بخش سلامت و آگاهی عمومی بالا با توجه به سطح بالای سواد جمعیت، شاخص های سلامت این کشور منعکس کننده ی وضعیت مناسب سلامت هستند. همچنین، کشور **اردن** دارای نوین ترین زیرساخت مراقبت بهداشتی و درمانی در منطقه خاورمیانه است و شواهد حاکی از آن است که دولت اردن حق سلامتی و بهداشت را در اولویت ملی خود قرار داده است.

• وضعیت نامناسب کشور **افغانستان** نیز نشان از زیر ساخت ضعیف و عملکرد نامناسب سیستم مراقبت های بهداشتی و درمانی این کشور دارد، بطوریکه بیشتر جمعیت افغان به خدمات بهداشتی پایه دسترسی ندارند. کشور **سومالی** نیز بدلیل وجود جنگ های مختلف، زیر ساخت های بهداشتی کوچکی دارد و تنها در برخی مناطق متمرکز است. در این کشور، بدلیل وجود اقامتگاه های پرجمعیت، کمبود امکانات درمانی، داروهای بی کیفیت و میزان بالای سوء تغذیه شیوع بسیاری از بیماری های کشنده (همچون سل) بالا است.

رتبه بندی کشورها بر اساس شاخص های پیامدی

۱- بحرین

۲- قطر

۳- امارات متحده عربی

۱۹- پاکستان

۲۰- افغانستان

۲۱- سومالی

• مطالعه شتی (Shetty A and Shetty S, 2014) نشان داد که افغانستان در شاخص پیامدی (میزان مرگ و میر نوزادان) وضعیت نامناسبی دارد. در مطالعه ایمانی (Imani, 2008) در میان کشورهای نفت خیز حوزه منطقه مدیترانه شرقی در حیطه ی شاخص های پیامدی کشورهای **کویت، امارات و قطر** و در میان کشورهای غیر نفت خیز، کشور **قبرس** در رتبه های نخست بوده و وضعیت بهتری داشته اند.

• در کشورهایی که وضعیت شاخص های پیامدی نامناسب است در مجموع فقر فرهنگی و عدم آگاهی از علل اصلی آن می باشد. در کشورهای **افغانستان و پاکستان** بی سوادى مادران و عدم آگاهی آنها از مسائل بهداشتی و درمانی کودکان، عوامل خطر مرتبط با مرگ مادران و میزان مرگ و میر نوزادان را افزایش می دهد.

نتیجه گیری

- شاخص ها ابزارهایی هستند که به برنامه ریزان کمک می کنند موقعیت جامعه مورد مطالعه را درک کرده و جهت گیری و روند حرکت آن را بشناسند و فاصله جامعه را با وضعیت بهینه یک جامعه مطلوب ارزیابی کنند. بطور کلی هدف اصلی تدوین و استفاده از شاخص ها ایجاد ابزاری قوی و توانمند برای سیاست گذاری است.
- مراحل فرآیند استفاده از شاخص عبارتند از: تشخیص مشکلات و دسته بندی راه حل های بالقوه، پیش بینی، ارزیابی، تنظیم و تعدیل مجدد سیستم در صورت انحراف از وضعیت مطلوب و سرانجام ارتباط نتایج به یکدیگر.
- فرآیند استفاده از شاخص ها بسیار حائز اهمیت است. یکی از مشکلات موجود عدم استفاده از شاخص ها طبق فرآیند فوق است. در بیشتر موارد شاخص های سلامت به درستی ارزیابی نمی شوند و بازخورد لازم به سازمان ها یا دستگاه های ذیربط داده نمی شود و این قسمت از فرآیند در اغلب اوقات مغفول می ماند. از آنجایی که ارزیابی جزء لاینفک هر فعالیت و کار اجرایی به شمار می رود، احتراز از انجام ارزیابی به منزله رها کردن منابع ارزشمند و کمیاب به سرنوشتی نامعلوم است (Sadaghiani, 2005).
- اجرای شاخص ها طبق فرآیند، بازخورد لازم را به مسئولان و سیاست گذاران می دهد و با ارزیابی، میزان موفقیت شاخص ها و اتخاذ اقدامات اصلاحی در صورت لزوم تعیین می گردد.

نتیجه گیری

- علی رغم تاکید تعریف همکاری بین بخشی بر حضور بخش خصوصی و غیردولتی، متأسفانه ردپای مشارکت نظام مند این بخش ها در ارتقای سلامت مشاهده نمی شود (Vosoogh Moghaddam et al, 2011). بهبود وضعیت بسیاری از شاخص های سلامت بدون همکاری سایر سازمان ها امکان پذیر نیست. لذا حمایت از اقدامات سلامت محور سازمان ها و دستگاه ها اقدامی است که در حیطه همکاری بین بخشی قابل تعریف است. اگر سازمانی وظیفه خود را در این زمینه بطور صحیح انجام دهد وضعیت برخی از این شاخص ها رو به بهبودی می رود و در نهایت منجر به ارتقای سلامت مردم جامعه می گردد.



نتیجه گیری

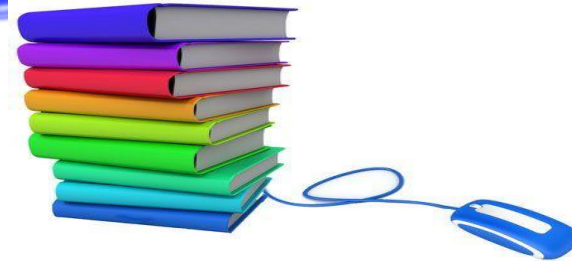
- به طور کلی کشورهای **لبنان، اردن، بحرین، قطر و امارات** در وضعیت و جایگاه خوبی از شاخص ها قرار دارند و در مقابل، کشورهای **سومالی، افغانستان و پاکستان** در وضعیت نامناسبی قرار دارند. از علل اصلی وضعیت نامناسب شاخص های سلامت کشورهای فوق الذکر، فقر فرهنگی، عدم آگاهی افراد جامعه از مسائل بهداشتی و درمانی، **بافت اجتماعی نامناسب، زیر ساخت های بهداشتی ضعیف،** منابع ضعیف و توزیع ناعادلانه، **درگیری ها و تعارضات موجود در کشورها** (علی الخصوص کشورهای نفت خیز) و در مقابل **زیرساخت های قوی بخش بهداشتی، ارتقای آموزش های سلامت در جامعه، سطح سواد و آگاهی بالای افراد جامعه، بالا بودن قدرت اقتصادی مردم،** از علل اصلی وضعیت مناسب شاخص های سلامت برخی کشورها می باشد. لزوم اولویت بندی کشورها برای اخذ تصمیمات در جهت بهبود وضعیت سلامت بایستی بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. امکانات و پتانسیل های موجود بر اساس اولویت کشورها، ابتدا به کشورهایی که وضعیت نامناسبی در شاخص های سلامت دارند هدایت شود و به این کشورها در مقایسه با دیگر کشورها توجه بیشتر گردد.

پیشنهادهایی برای سازمان های ذیربط

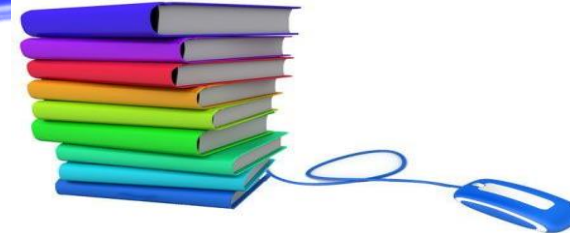
- با مشخص شدن رتبه های کشورهای مدیترانه شرقی از لحاظ وضعیت شاخص های سلامت و تعیین جایگاه هریک از این کشورها در این طیف، بایستی با اتخاذ سیاست های مرتبط نسبت به بهبود وضعیت کشورهای دارای وضعیت نامطلوب اقدام شود.
- لزوم اولویت بندی کشورها برای اخذ تصمیمات در جهت بهبود وضعیت سلامت بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. به منظور کاهش شکاف سلامت موجود میان کشورهای این منطقه، پیشنهاد می شود کشورهای با وضعیت سلامت نامطلوب، طی برنامه ریزی های کوتاه مدت و بلند مدت، در اولویت برنامه ها قرار گیرند .
- امکانات و پتانسیل های موجود بر اساس اولویت کشورها، ابتدا به کشورهایی که وضعیت نامناسبی در شاخص های سلامت دارند هدایت شود و به این کشورها در مقایسه با دیگر کشورها توجه بیشتر گردد.
- کشورهایی که دارای روند صعودی در برخی از شاخص های خود بوده اند و دارای وضعیت مناسب در شاخص های سلامت خود هستند پیشنهاد می گردد تجربیات خود را منعکس کنند و برنامه ها و سیاست هایی که در جهت بهبود وضعیت اتخاذ نمودند را در اختیار سایر 40 کشورهای منطقه قرار دهند و تبادل اطلاعات نمایند.

پیشنهادهایی برای سازمان های ذیربط

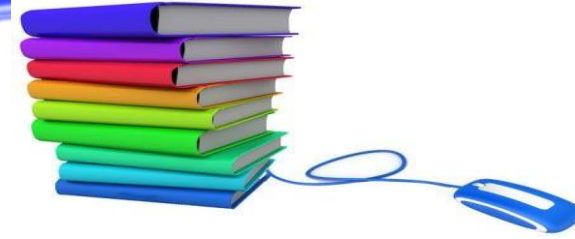
- در عرصه مدیریت باید به کمیت شاخص ها هم اهمیت داده شود، شاخص ها به طور متناوب استخراج شوند و مدیران سلامت بایستی نسبت به شاخص های سلامت حساسیت داشته باشند تا برنامه ریزی ها و تصمیمات خود در این زمینه را بر پایه ی این شاخص ها تدوین کنند.
- از آنجایی که ایجاد شناسنامه شاخص گامی برای درک مفهوم شاخص می باشد، پیشنهاد می گردد برای شاخص های مختص هر کشور (تمامی کشورهای این منطقه) شناسنامه ای یکپارچه حاوی عنوان شاخص، هدف شاخص، دامنه، تعریف شاخص، نوع شاخص، فرمول شاخص (تعریف صورت و مخرج فرمول)، منبع گردآوری شاخص، تناوب جمع آوری داده ها، فرد/ افراد یا سازمانهای مسئول و متولی هر شاخص، نحوه گزارش دهی، تناوب گزارش دهی، نحوه ارائه بازخورد و تناوب ارائه بازخورد و تحلیل شاخص تهیه گردد.
- مهمترین استراتژی که کشورها در جهت بهبود وضعیت شاخص ها در حوزه سلامت می توانند اتخاذ نمایند، ارتقای آگاهی در خصوص مسائل مرتبط با سلامت، برطرف کردن موانع مالی دسترسی به بهداشت، توجه به همکاری های بین بخشی و ترویج و جلب مشارکت سایر بخش ها می باشد.



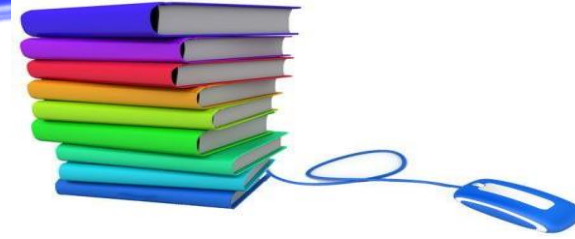
- Abdulai A-M, Shamshiry E.,2014. DEVELOPMENT CHALLENGES OF OIL WEALTH IN THE MULTI-ETHNIC AND OIL-RICH DEVELOPING COUNTRIES: EXPLORING A MULTI-STAKEHOLDER PATHWAY USING THE CASE OF GHANA—A PROPOSAL. Research Journal in Organizational Psychology and Educational Studies (RJOPEs). 3(4):291.
- Al-Lagilli SAM, Jeremic V, Seke K, Jeremic D, Radojicic Z.,2001. Evaluating the health of nations: a Libyan perspective. Libyan journal of medicine. 6.
- Asadi M, Esfandiary S, Mirghafori SH, Sadeghi Arani Z., 2013. Clinics of Yazd: Efficient or Inefficient? Health Inf Manage; 9(6): 919-28. [In Persian]
- Asefzadeh S, Farzandi pour M., 2005. The Necessity for Defining the Conceptual Framework of Health Indicators. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences;4(3):196-209.
- Breyer F, Felder S.,2006. Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying. Health Policy; ٧٥: ١٧٨—٨٦
- Davis KE, Kingsbury B, Merry SE.,2001. Indicators as a technology of global governance. New York, NY: New York University School of Law.



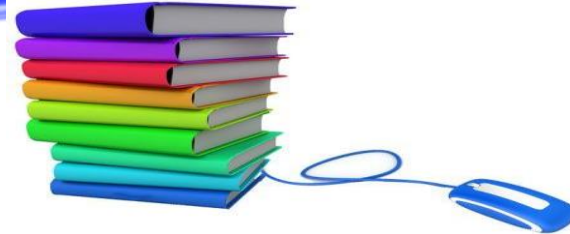
- Eliyaspour B, Eliyaspour D, Hejazi A.,2011. [Final development of the health sector Counties North Khorasan province in 1385 using the numerical taxonomy]. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences; 3(1): 23-28. (Persian).
- Emamgholipor sefiddashti S, Ghazanfari S.,2015. Ranking Islamic Republic of Iran's Development Vision Countries in Term of Access to Healthcare Indicators. Journal of Health Administration; 17 (58) :58-71.
- Fattahi, S., Soheili, K., Reshadat, S. & Karimi, P., 2011. The Relationship between Human Capital of Health Sector and Economic Growth in OPEC Countries.
- Fazayeli S. Analyze changes in inflation, public sector and health sector of the country.,2010. Journal of Economic Research; ١٠(١): ١١١-٩٩. [In Persian].
- Fantini MP, Stivanello E, Dallolio L, Loghi M, Savoia E.,2006. Persistent geographical disparities in infant mortality rates in Italy (1999–2001):comparison with France, England, Germany, and Portugal. The European Journal of Public Health;16(4):429-32.
- Frey, R. S., & Field, C.,2000. The determinants of infant mortality in the less developed countries: a cross-national test of five theories. Social Indicators Research, 52(3), 215-234.



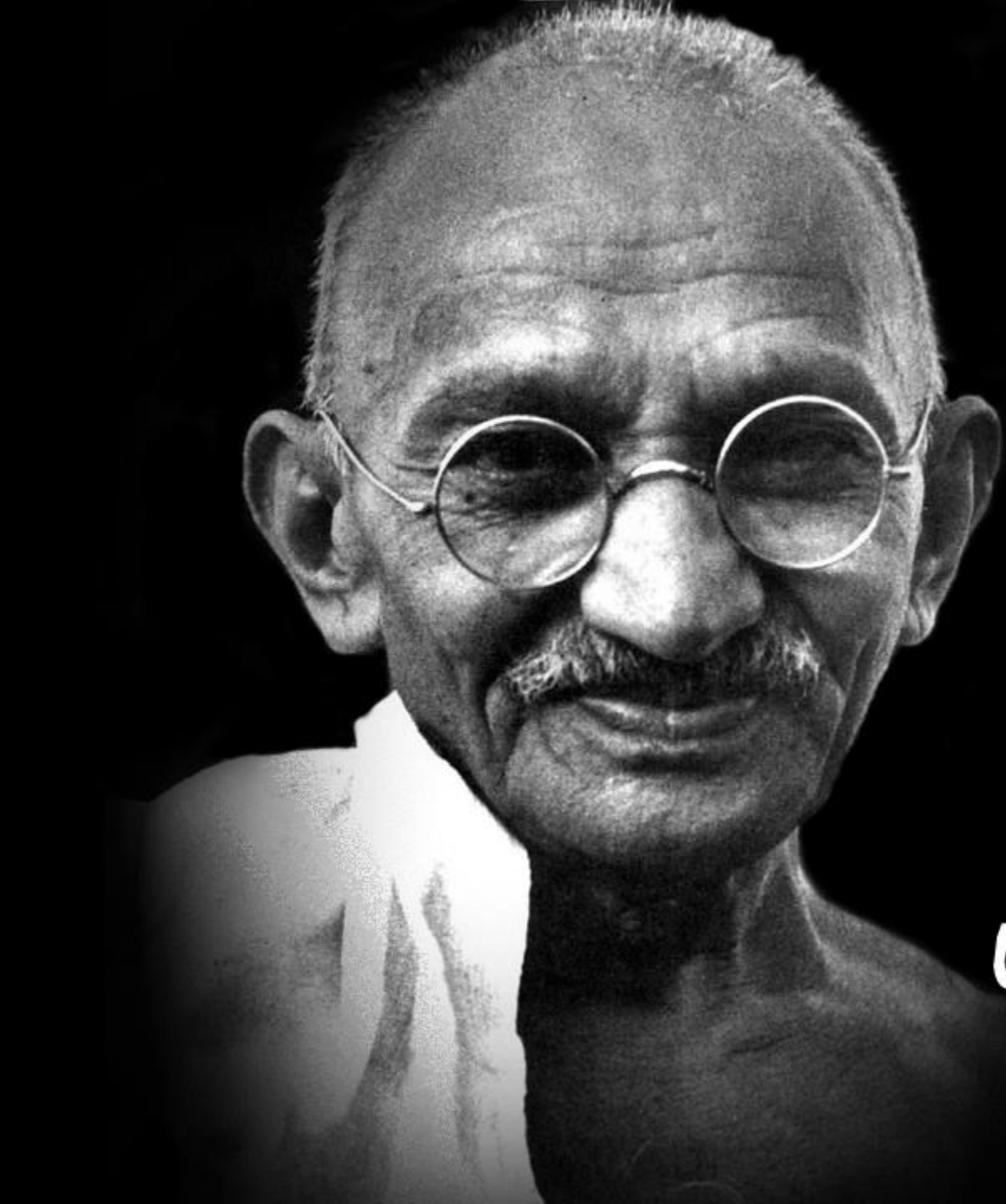
- Hemmati M, Gheini S.,2006. Neonatal Mortality Rate prevalence in Motazedi Hospital of Kermanshah (2002-2003). Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci);10(2).
- Homaie Rad E, Vahedi S, Teimourizad A, Esmaeilzadeh F, Hadian M, Torabi Pour A.,2013. Comparison of the effects of public and private health expenditures on the health status: a panel data analysis in eastern Mediterranean countries. Int J Health Policy Manag;1(2):163-7.
- Imani R.,2007-2008. Comparative study on health human resources composition in the Eastern Mediterranean Countries [dissertation] .School of health: Qazvin university of medical sciences.
- Institute of Medicine (US) Committee on the State of the USA Health Indicators., 2009. State of the USA Health Indicators: Letter Report. Washington (DC): National Academies Press (US); COMMITTEE ON THE STATE OF THE USA HEALTH INDICATORS .Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215067/>



- Mehrara M, Fazaeli A.,2009. A Study on Health Expenditures in Relation with Economics Growth in Middle East and North Africa (MENA) Countries . Journal of Health Administration; 12 (35) :49-60.
- Nixon, J., Ulmann, P.,2006. The relationship between health care expenditure and health outcomes. Evidence and caveats for a causal link. European Journal of Health Economics, 7, 7 18.
- Oeppen J, Vaupel JW.,2002. Demography. Broken limits to life expectancy. Science; 296(5570): 1029-31. Rafiei E, Nazari SSH, Mehrabi Y. Indirect Estimation of Infant and Child Mortality Rates in Iran: Using 2006 and 2011 Census Data.
- Rao, R. V. and Davim, J. P., 2008. "Decision-Making Framework Models for Material Selection Using a Combined Multiple Attribute Decision-Making Method", J. of Adv Manufacturing Technology , 35, 751–760.
- Reidpath DD, Allotey P.,2003. Infant mortality rate as an indicator of population health. Journal of Epidemiology and Community Health;57(5):344-6.
- Rezaei S, Karami Matin B, Homaie Rad E.,2015. Socioeconomic Determinants of Infant Mortality in Iranian Children: A Longitudinal Econometrics Analysis. International Journal of Pediatrics;3(1.1):375-80.



- Rosicova K, Geckova AM, van Dijk JP, Kollarova J, Rosic M, Groothoff JW. Regional socioeconomic indicators and ethnicity as predictors of regional infant mortality rate in Slovakia. International journal of public health 2011;56(5):523-31.
- Sadaghiani E., 2005. Evaluation of health care and hospital standards. Tehran: Jafari Press. (in Persian)
- Sartorius BK, Sartorius K., 2014. A new multidimensional population health indicator for policy makers: absolute level, inequality and spatial clustering-an empirical application using global sub-national infant mortality data. Geospatial health;9(1):7-26.
- Shetty A, Shetty S., 2014. The correlation of health spending and infant mortality rate in Asian countries. International Journal of Contemporary Pediatrics;1(2):100-5.
- von Schirnding Y., 2002. Health and development planning: the role of indicators. World Health Organization Geneva.
- Vosoogh Moghaddam, A., Damari, B., Salarianzadeh, M.H. and Rostamigooran, N., 2011. Designing a framework for provincial 5th health development plan. Tehran. Health policy council of Ministry of Health and Medical Education.
- Wagenaar AC, Toomey TL., 2002. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. J Stud Alcohol Suppl ; 14: 206-25.
- Wood R, Sutton M, Clark D, McKeon A, Bain M., 2006. Measuring inequalities in health: the case for healthy life expectancy. J Epidemiol Community Health; 60(12): 1089-92.
- Yazdi M, Mahjub H., 2011. Ranking Maternal Health Status in Rural Areas in Iran Based on Multivariate Techniques of Factor and Cluster Analysis. Iranian Journal of Epidemiology;7(1):7-14.



Your health is
your real wealth

— Mohandas Gandhi

با سپاس از توجه شما

